

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		—			
組 合 員	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		所属所名			
減額対象者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住 所				
性 別		男 ・ 女			
組 合 員 と の 続 柄					
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		※申請前1年間の入院期間が90日を超える場合は該当に○を付し、下欄に記入してください。	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から
		平成	年	月	日まで
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
別紙証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。					
青森県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 年 月 日					
住 所					
申 請 者					
氏 名					
印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
平成 年 月 日					
職 名					
所属所長					
氏 名					
印					

- (注) 1 この申請書は、減額対象者1人ごとに1枚提出してください。
 2 非課税証明書を添付してください。
 3 長期入院に該当する場合は、入院期間を証明する書類(領収書など)も添付してください。